83

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par René LAMBRON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE

LA

VASOÉPIDIDYMECTOMIE BILATÉRALE

Président : M. RECLUS, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23
—
1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-TINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VENEREE

DE MON PÈRE

DE MES GRANDS-PARENTS

ET DE MON ONCLE VICTOR JOUET

A MA MÈRE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRE

Professeur à l'École de Médecine de Tours
Chirurgien en chef de l'Hôpital

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS
ET DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE

LA

VASOÉPIDIDYMECTOMIE BILATÉRALE

La tuberculose génitale caractérisée par l'envahissement d'un ou plusieurs segments de l'appareil génital par le bacille de Koch est diagnostiquée plus fréquemment depuis qu'on a appris à la connaître et que grâce aux résultats obtenus par son traitement chirurgical on y a recours dans nombre de cas.

Lorsque Malassez et Reclus (1) eurent démontré l'unité pathologique de la caséification, les prétendues orchites chroniques des anciens auteurs furent désormais considérées comme une manifestation fréquente de la tuberculose.

Cet envahissement peut n'être qu'un épiphénomène au cours d'une tuberculose jusque-là restée locale comme une bacillose pulmonaire (peu souvent d'après Reclus) ou encore la propagation d'une tuberculose de foyer plus proche, bacillose rénale ou vésicale. Dans ces cas

1. Reclus (Thèse de Paris, 1876). *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.*

nous avons affaire à une tuberculose génitale secondaire à une lésion tuberculeuse primitive située dans un point quelconque de l'organisme.

Nous avons tous vu de malheureux bacillaires présenter à un certain moment une éclosion de foyers infectieux, disséminés un peu partout. Ils peuvent ainsi non seulement présenter des noyaux indurés ou suppurés de leur prostate ou de leur épididyme, mais encore il n'est pas rare que faute d'examens attentifs et répétés chez un phtisique on se trouve brusquement en présence d'une suppuration testiculaire.

C'est là la tuberculose secondaire.

A côté de cette tuberculose secondaire, généralisation à un point de l'organisme d'une infection primitive, il y a une tuberculose primitive d'emblée.

Chez un prédisposé héréditaire, chez un sujet mis en état de moindre résistance par du surmenage général ou bien encore par des privations ou des excès, une cause locale, traumatisme ou excès génésiques, crée un lieu de moindre résistance propice à une infection bacillaire et un fait bien connu c'est la fréquence de cette tuberculose primitive ou primitivement localisée aux organes génitaux secondaire à une affection gonococcique.

Si le poumon est le plus souvent atteint parce qu'il est l'organe le plus vulnérable on comprend très bien qu'une cause locale chez un prédisposé puisse être le point de départ d'une tuberculose génitale.

Bien des hydrocèles, comme les affections pleurales, ne sont-elles pas des manifestations du bacille de Koch (Tuffier et Jousset).

Au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire au point de vue du traitement, devons-nous laisser subsister ces

appellations de tuberculose primitive et tuberculose secondaire ?

Je répondrai par l'affirmative, car si le traitement médical est applicable dans les deux cas, le traitement chirurgical l'est-il ?

L'on peut dire que les tuberculoses secondaires sont des affections surtout médicales réservant aux autres le terme de chirurgicales, bien que pourtant l'on ne puisse pas affirmer que jamais une bacillose génitale secondaire ne gagne pas à être traitée chirurgicalement.

On peut en effet faire quelques opérations partielles qui soulageront momentanément le malade ou même dans quelques cas, malheureusement rares, où les autres lésions tuberculeuses sont peu avancées, pratiquer des opérations radicales, mais on ne peut nier que la chirurgie tirera ses plus beaux et ses plus durables succès des cas où l'appareil génital sera atteint à l'exclusion de tout autre organe.

Il est bien évident qu'un bacillaire pulmonaire à lésions ramollies atteint de tuberculose génitale ne pourra pas bénéficier grandement d'un traitement chirurgical, son autre foyer continuant à évoluer. De même chez un malade atteint primitivement de bacillose rénale et secondairement de tuberculose génitale, c'est la bacillose rénale qu'il faudra surveiller de plus près et traiter le malade en conséquence.

Cette tuberculose génito-urinaire est bien importante à connaître.

La voie suivie par le bacille est longue : l'uretère, la vessie qui se laisse difficilement attaquer par le bacille de Koch, et enfin l'urètre ; c'est au niveau de la prostate que l'infection entre en contact avec les voies gé-

nitales. Dans cette tuberculose la loi de Ricord : « Lorsqu'il y a des tubercules dans quelques parties des voies génitales, il y en a dans l'épididyme », se trouve en défaut. La prostate et les vésicules séminales sont atteintes et restent seules atteintes pendant longtemps.

Dans ce cas, si le diagnostic d'une tuberculose prostatique ou vésiculaire est facile, ce qui est souvent plus difficile à dépister, c'est la tuberculose rénale qui en est la cause première et pourtant ce diagnostic est d'autant plus important à faire avec celui de la tuberculose génitale primitive que dans le cas de tuberculose uro-génitale ce n'est pas au niveau de l'appareil génital qu'il faudra intervenir, mais c'est bien le rein, cause première de l'infection qu'il faudra soigner.

ÉTIOLOGIE

Chez quels sujets rencontre-t-on la tuberculose génitale ?

L'enfant peut naître avec une lésion génitale nettement caractérisée. Auché et Chambrelent (1) ont rapporté un exemple typique de la transmission de la tuberculose par voie transplacentaire.

Si on ne la constate pas dès la naissance, elle fait son apparition dès les premiers mois ou les premières années et sa fréquence décroît jusqu'à la puberté, il est bien rare qu'elle soit observée entre 5 et 16 ans.

C'est à la puberté qu'éclate son maximun de fréquence et on l'observe le plus souvent entre 18 et 50 ans, mais cela ne veut pas dire qu'on ne la rencontre pas chez les gens plus âgés. Petit (2) dans sa thèse cite le cas d'un homme de 62 ans opéré avec succès d'épididymectomie pour tuberculose génitale. Gibson dut faire la castration chez un vieillard de 81 ans à la suite d'un traumatisme du testicule et l'examen histologique de ce

1. Auché et Chambrelent. Congrès de médecine de Montpellier, 1898.
2. Petit. Thèse de Paris, 1903.

testicule démontra qu'il était atteint de tuberculose.

Donc rareté chez l'enfant et surtout chez le vieillard, le maximum d'activité de la tuberculose génitale est observé au moment du maximum d'activité des organes génitaux.

C'est ce que confirme une statistique de Simmonds. Sur 60 cas il en eut 2 avant 7 ans, 15 de 30 à 40 ans, 15 de 40 à 50, 16 de 50 à 60.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous devons encore distinguer les lésions que l'on rencontre au cours de la tuberculose génitale d'origine secondaire, urogénitale le plus souvent, et la tuberculose génitale primitive.

Dans la bacillose secondaire à l'infection rénale les lésions débutent par la prostate pour se propager ensuite aux différentes parties des voies génitales. Mais ce qui est à remarquer c'est que la prostate est longtemps seule envahie — 73 fois sur 100 d'après Burckhardt, 26 fois sur 35 suivant Simmonds. Hallé et Motz donnent une proportion de 59 fois sur 67 cas.

Lorsqu'il n'est pas pratiqué d'intervention sur la prostate, les vésicules séminales sont envahies à leur tour et l'on a affaire à des lésions graves qui tendent à suppurer, avant même que l'infection ait eu le temps de se généraliser à tout l'appareil génital.

Dans la tuberculose génitale primitive il n'en est plus de même. D'après la loi de Ricord nous savons que l'organe le plus touché c'est l'épididyme. C'est lui le premier et le plus atteint.

C'est du moins ce que nous apprend la clinique, car des statistiques établies sur des autopsies indiquent que le testicule et l'épididyme sont atteints dans les deux

tiers des cas (Reclus) ce qui peut très bien s'expliquer par l'ancienneté des lésions.

En clinique le malade vient nous trouver parce qu'il s'est aperçu qu'il avait quelque chose d'anormal dans les bourses; c'est pour son épididyme qu'il vient nous consulter et à ce moment l'on peut constater qu'il existe des lésions peu graves, il est vrai, qui tendent à guérir spontanément, des vésicules et de la prostate.

L'appareil génital en entier sauf les testicules est donc atteint simultanément dans la tuberculose génitale primitive (29 fois sur 45 d'après Guisy) (1).

Quelles sont les lésions des différents segments des voies génitales ?

La prostate est augmentée de volume quelquefois dans toute son étendue (64 mm. dans un cas de Reclus) et il est à noter que chez le vivant l'augmentation est encore plus marquée car elle est toujours plus ou moins congestionnée; mais le plus souvent on se trouve en présence d'une prostate dont un des lobes seul est atteint.

Dans la tuberculose génito-urinaire plus spécialement on trouve des lésions graves, des cavernes volumineuses qui transforment la prostate en une véritable poche urineuse ; lorsque les lésions évoluent vers la guérison on observe une transformation calcaire.

Les vésicules dans la tuberculose génitale primitive si elles sont atteintes, le sont peu en général tout au moins au début de l'infection; elles sont augmentées de volume et offrent au toucher une sensation particulière, elles semblent « injectées au suif ».

Quant au canal déférent il n'est pas atteint également

1. Guisy (d'Athènes). Tuberculose prostato-vésiculaire. *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1906).

dans toute son étendue : la partie moyenne est respectée par l'infection ; seules les extrémités sont envahies par le bacille de Koch. Sur le reste de son parcours il est seulement un peu plus gros et induré, parfois cependant il offre des bosselures formant un chapelet.

L'affection débute toujours par la queue de l'épididyme (Legueu). Quelquefois le corps entier est atteint et coiffe tout le testicule, mais toujours les lésions de la queue sont prédominantes, primitives, essentielles.

Dufour a toutefois montré que sur 18 cas de tuberculose épididymaire l'envahissement portait 6 fois sur la tête, 5 fois sur la queue et 7 fois sur l'organe entier.

Macroscopiquement on voit sur l'épididyme d'un opéré des noyaux plus ou moins gros, plus ou moins nombreux, quelquefois isolés. Leur coloration est blanchâtre ; à leur niveau l'albuginée épididymaire est épaissie ; ces noyaux ont l'aspect du marron cru, s'ils sont durs ; ils laissent échapper une bouillie puriforme s'ils sont ramollis.

Ce qui est intéressant à constater c'est que le testicule n'est jamais envahi au début et qu'il résiste très longtemps à l'infection lui venant des lésions épididymaires. L'albuginée constitue une barrière résistante ; la pénétration se fait par le corps d'Highmore.

En clinique les malades qui viennent consulter porteurs de lésions tuberculeuses primitives de l'appareil génital ont assez peu souvent leur testicule envahi (50 à 60 °/₀ d'après Lapeyre).

Et au bout de combien de temps se fait cette généralisation au testicule ? D'après les auteurs, après deux mois de tuberculose épididymaire le testicule serait pris 18 fois sur 100 ; 60 fois après six mois.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Si nous nous trouvons en présence d'un malade atteint de tuberculose génitale, faut-il intervenir chirurgicalement ou se contenter d'un traitement médical ?

Avec tous les auteurs nous distinguerons deux cas bien distincts au point de vue opératoire : Il s'agit soit d'une tuberculose fermée, sans lésions suppuratives, ou au contraire c'est un bacillaire présentant des lésions ramollies, des fistules au niveau de son appareil génital.

Si dans ce dernier cas, sous réserves de certaines conditions, le malade se trouve bien d'un traitement chirurgical, faut-il dire que si notre patient ne présente que des tubercules crus dans son épididyme, il faudra le soumettre à un traitement non opératoire ? Comme toujours, il faut encore ici être éclectique. Ne savons-nous pas en effet que les lésions tuberculeuses, si elles sont généralement tout au début localisées à l'épididyme, auront dans certains cas vite envahi le testicule.

Aussi faudra-t-il ne pas dire : lésions non suppurées, pas d'interventions ; mais le malade devra être examiné et suivi pendant un certain temps, on veillera à sa prostate et à ses vésicules, on se rendra compte si leurs lésions régressent, restent stationnaires on s'accroissent,

si les noyaux épididymaires tendent à augmenter de nombre ou de volume et c'est en possession de tous ces examens successifs qu'une décision sera prise et dans les lésions non suppurées cette décision sera l'expectative ou l'opération suivant que les organes atteints sont en voie de guérison ou au contraire vont vers la suppuration.

Que faire maintenant dans la tuberculose génitale ouverte, quelle conduite à tenir vis-à-vis d'un malade présentant des fistules au niveau de son scrotum ou de son périnée ?

Si nous nous en rapportons aux lois de la pathologie générale nous savons que toute suppuration est une source d'épuisement pour l'organisme.

Et maintenant ne faut-il pas tenir compte dans notre cas que les lésions peuvent s'étendre, gagner les organes voisins, de l'épididyme se propager au testicule si celui-ci est encore sain ; aussi dans les cas de suppuration, sauf en de rares exceptions l'intervention est la règle et ce qui est l'idéal c'est pour tarir la suppuration, en extirper la cause.

Mais à propos de ces interventions, qu'il s'agisse de lésions suppurées ou non, il y a des petites réserves à faire.

Sommes-nous en présence d'un bacillaire pulmonaire au début de son affection, l'intervention non seulement guérira un foyer tuberculeux, mais aussi pourra avoir une influence heureuse sur l'état de ses poumons, en supprimant ainsi une cause de déchéance physique.

Si nous nous trouvons en face d'un malade atteint d'une tuberculose avancée, dont l'état général est franchement mauvais, devons-nous chez lui pratiquer une

opération radicale ? Bien peu se risquent à le faire. Les chances de guérison sont en effet bien minimes. Une intervention pourra avoir un effet immédiat désastreux si l'on pratique l'anesthésie générale et enfin n'a-t-on pas vu apparaître une éclosion de foyers tuberculeux après ces opérations ?

Aussi pensons-nous que chez les phtisiques toute opération radicale est à déconseiller, ces malades pouvant toutefois bénéficier d'une opération palliative, curettage d'un foyer purulent ou simple drainage d'une collection, par exemple.

Il y a encore une remarque à faire pour une tuberculose bien voisine de l'appareil génital, la tuberculose que le rein transmet secondairement aux organes génitaux.

Que de tuberculoses rénales insoupçonnées chez des sujets porteurs de grosses vésicules et surtout de prostates à noyaux, dont l'origine de leurs lésions se trouve au niveau de leurs reins ; aussi dans tous les cas de tuberculose génitale, faudra-t-il examiner soigneusement par tous les moyens dont on dispose actuellement l'arbre urinaire et si une tuberculose rénale coexiste avec une tuberculose génitale, celle-là est la première en date, ne savons-nous pas en effet que le bacille de Koch « descend le cours des urines et remonte le cours du sperme ».

C'est donc à la tubèrculose urinaire qu'il faudra s'adresser, c'est elle qu'il faudra soigner, et la bacillose rénale guérie, les lésions génitales, si elles sont restées cantonnées à la prostate et aux vésicules auront bien des chances de régresser.

OPÉRATIONS PRÉCONISÉES DANS LA TUBERCULOSE GÉNITALE

Quels sont les multiples traitements de la tuberculose génitale ?

Nous laisserons systématiquement de côté le traitement médical : cure d'air, repos, suralimentation, traitement médicamenteux qui sera très souvent employé dans les cas de tuberculose génitale au début, et qui sera un bon adjuvant au traitement opératoire.

Nous citerons toutefois les injections sclérogènes pratiquées et préconisées par Lannelongue, Calot, Horteloup, Desnos, Hamonic.

Lannelongue injecte dans les noyaux épididymaires du chlorure de zinc, Calot emploie le naphtol camphré, d'autres recommandent l'huile iodoformée, traitement à recommander aussi en cas de lésions crues, qui ne tendent pas à évoluer vers la suppuration ; mais il y a un danger à ces injections lorsqu'on ne les emploie pas pour des cas bien déterminés, c'est la possibilité de fistules secondaires.

Pour le traitement des fistules ces mêmes auteurs ont recommandé la créosote ou bien encore le bismuth.

Voyons maintenant le traitement vraiment chirurgical, le seul qui nous occupe ici.

Quelles sont les opérations préconisées ? Depuis la simple ouverture avec drainage d'un foyer tuberculeux jusqu'à la castration, il y a de nombreuses opérations pratiquées sur les voies génitales.

A-t-on affaire à une simple lésion du scrotum ? L'ablation d'une partie de cet organe sera chose facile et suffisante.

La vaginale est-elle atteinte de bacillose ? (Tuffier et Jousset.) La simple ponction avec injection d'un liquide modificateur sera insuffisante, insuffisant de même le simple retournement de la vaginale. Il faudra en pratiquer délibérément l'exérèse.

Un noyau épididymaire cru et isolé sera énucléé, mais doit-on se contenter de faire le curettage ou l'ablation partielle d'un testicule tuberculeux ?

Si les lésions tuberculeuses ne s'étendent qu'à la prostate ou prédominent sur la prostate, ce qui est surtout le cas lorsque l'infection vient du rein, lorsqu'il existe une tuberculose urinaire primitive on ne sera appelé à intervenir que s'il existe un abcès prostatique qui menace de se fistuliser ou bien si le malade présente des fistules prostato-urétrales ou prostato-rectales.

Dans certains cas on se contentera d'ouvrir la collection purulente et de drainer, dans d'autres il faudra pratiquer la prostatectomie complétée par l'ablation des fistules.

Que faut-il penser de ces opérations partielles ?

Tout à fait au début, et dans ce cas le malade ne se laisse pas opérer. Ou bien l'on juge inutile de faire une intervention, sauf le cas de lésions bien localisées de ces

différents organes où elles peuvent être suffisantes, dans la grande majorité des cas le bacille de Kock a diffusé dans plusieurs segments de l'arbre génital et ces opérations ne sont alors que des moyens de fortune et par cela même insuffisants. Après une de ces interventions, on verra le segment voisin de l'appareil génital être envahi à son tour, d'où la nécessité d'une seconde intervention. Ce n'est donc pas avec ces opérations que l'on obtiendra de guérison radicale.

On comprend aussi ce que peut être l'état général de ces malades qui conservent de la suppuration au niveau de leur région prostatique ou de leur testicule, et faut-il encore tenir compte de l'état moral de ces hommes qui présentent souvent un état voisin de la neurasthénie lorsqu'ils sont atteints d'affections génitales pourtant plus bénignes.

CASTRATION

C'est d'Allemagne que nous vient ce mode de traitement de la tuberculose génitale et c'est encore dans ce pays qu'il est le plus en honneur.

Israël remarqua que dans le cas de lésions tuberculeuses de l'appareil génital, les lésions prostatiques et vésiculaires régressaient après la castration et dans un congrès récent les chirurgiens allemands soutinrent avec énergie les bienfaits de cette opération.

Il est bien certain, qu'en hommes positifs, Israël et ses compatriotes ont remarqué que leurs malades étaient physiquement guéris, et ne reculant pas devant une castration double, ils ne tiennent point compte que leurs opérés sont des blessés pour toute leur existence et des blessés qui en dehors des troubles physiques dus au défaut de la sécrétion interne de la glande génitale sont des êtres dont le moral est atteint, des êtres souvent encore jeunes, dénués de virilité qui se savent incapables de procréer, qui se savent des eunuques.

Beaucoup de castrés qui étaient auparavant des gens actifs, perdent à la suite de l'opération tout goût au travail ; ils s'abandonnent aux plaisirs de la table, ils deviennent pervers, menteurs ; de plus le castré est souvent un déséquilibré.

« Beaucoup d'amputés du testicule, dit Dupuytren, se suicident, d'autres meurent de chagrin. »

Malgaigne parle d'un « testicule moral ».

Mais pour leur défense, faut-il arguer, qu'il y a quarante ans, ils suivaient les errements du monde médical de cette époque, à savoir que l'opération n'était pratiquée, non au début, mais à la fin de l'évolution de la tuberculose génitale, lorsque le testicule lui-même était envahi ?

Ne pratiquait-on pas l'opération alors que tous les autres traitements avaient échoué, ne considérait-on pas trop à cette époque et ne considère-t-on pas encore aujourd'hui avec raison d'ailleurs, la tuberculose génitale comme une affection bénigne, susceptible de guérir par des traitements médicaux ?

En France depuis quelques années, si en général on considère la castration comme une opération à rejeter, il est certain qu'elle peut s'appliquer, surtout lorsqu'elle est unilatérale, à des cas bien déterminés et heureusement peu nombreux.

On a maintenant recours à des opérations qui bien que partielles sont des opérations radicales surtout si l'on a le soin de dépister la tuberculose génitale à son début.

Pour Legueu (1) la castration est toujours contre-indiquée dans l'orchi-épididymite tuberculeuse parce que celle-ci est toujours secondaire à une lésion prostatique ou rénale ; c'est la lésion primitive qu'il faudrait extirper ; les seules opérations justifiables sont les opérations partielles portant sur l'épididyme ou le canal déférent.

1. Legueu. De la tuberculose génito-urinaire (*Presse médicale*, 20 juin 1906).

LIGATURES ET RÉSECTIONS DES ÉLÉMENTS DU CORDON SPERMATIQUE

Mauclaire en 1900 au Congrès international de Médecine, section de chirurgie, a préconisé le traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique.

Nous ne saurions mieux faire pour juger cette opération que de nous reporter à la statistique de son auteur.

Sur 17 observations, trois cas sont excellents ; il a été obtenu une atrophie de l'épididyme, mais aussi du testicule.

D'autres résultats sont satisfaisants. Ce sont « ceux dans lesquels l'atrophie survient lentement, une fistule se produit et au bout de quatre mois la guérison est complète ».

Dans le tiers des cas les résultats sont « peu satisfaisants parce que le testicule et l'épididyme largement suppurés continuent à infecter la vaginale, ces fistules durent longtemps et nécessitent une intervention secondaire. »

Cette opération est donc bien peu recommandable par les résultats obtenus. Si le malade conserve son

testicule « testicule moral », dans ce cas sa sécrétion interne doit être bien diminuée, puisque la glande génitale dans les cas favorables est atrophiée ; d'autre part le malade après son opération est encore, dans les cas satisfaisants, porteur de fistules pendant des mois.

LA VASOVÉSICULECTOMIE

C'est Ulmann qui le premier préconisa la vasovésiculectomie. Elle sommeillait depuis 1889, quand grâce au perfectionnement de la technique opératoire, en France dans ces dernières années, cette opération trouva des défenseurs et des admirateurs.

En effet, en Allemagne, à la suite d'Israël les chirurgiens dans les cas de lésions graves de tuberculose génitale préfèrent encore la castration à cette opération jugée dangereuse par eux, vu les difficultés souvent très grandes de pouvoir bien disséquer les vésicules séminales.

Dans ces dernières années Baudet, Duval (1), Kendirdjy (2), Pauchet ont beaucoup vanté la vésiculectomie.

Mais c'est Baudet (3) qui en fut son principal défenseur, c'est lui qui a bien précisé les conditions dans lesquelles on doit l'employer ; s'il n'en fait pas une opération d'exception, il ne la recommande que pour de grosses lésions vésiculaires en évolution, ou encore lorsque

1. Baudet et Duval. Extirpation totale du canal déférent et des vésicules par la voie inguinale. *Revue de chirurgie*, 1901.
2. Baudet et Kendirdjy. *Revue de chirurgie*, 1906.
3. Baudet. *Congrès de chirurgie*, 1907.

les lésions des vésicules ne guérissent pas spontanément, comme il est de règle après la vasoépididymectomie.

En effet d'après la loi de Ricord l'extrémité épididymaire du côté du testicule ne sera jamais intacte, aussi laissera-t-on toujours un danger permanent près du testicule et s'il en est ainsi le testicule ne tardera pas à être envahi.

Théoriquement la vasovésiculectomie ne sera à conseiller que lorsque l'épididymectomie aura été pratiquée et lorsque les lésions vésiculaires continueront à évoluer ou bien encore une bonne opération sera la vésiculovasoépididymectomie.

Pratiquement qu'on s'adresse aux différents modes d'opération, les difficultés sont nombreuses.

Certains auteurs ont préconisé la voie haute. Young fait la laparotomie médiane ou sous-péritonéovésicale, opération très longue et meurtrière.

Villeneuve, Baudet et Duval font la laparotomie inguinale.

N'a-t-on pas reproché à ce mode opératoire la déchirure fréquente du péritoine, la blessure de l'uretère ainsi que les difficultés d'enlever intégralement dans la profondeur une vésicule malade et adhérente, reproches peut-être un peu sévères, mais la complication qu'on peut rencontrer fréquemment c'est la fistule urinaire, soit par section des canaux éjaculateurs au ras de la prostate, soit par plaie de l'urètre membraneux soit encore par blessure de la vessie.

Enfin d'autres auteurs ont préconisé la voie périnéale qui est encore très en faveur, surtout pour les lésions bilatérales et les lésions très avancées.

Quels sont les résultats immédiats de ces opérations ? Baudet sur 58 opérations trouve 12 morts occasionnées par méningite (2), granulie (1), tuberculose pulmonaire aigüe (5), apoplexie (1), septicémie (1), infection urinaire avec lésions rénales (1), péritonite après une deuxième intervention pour ablation de ganglions iliaques (1).

On ne pratique pas encore couramment la vasovésiculectomie.

« Pour ma part, nous dit Legueu (1), je ne crois pas que ces opérations soient souvent indiquées, car depuis ma dernière communication je n'ai trouvé que deux occasions nouvelles d'intervenir. Mes opérations sur les vésicules sont ainsi au nombre de huit, ce qui est peu, étant donné le nombre très considérable des tuberculoses génitales que nous avons l'occasion de voir dans nos services. »

Pourquoi ne pratique-t-on pas plus souvent la vésiculectomie ?

Trois raisons existent, nous dit Marion (2) dans un rapport à la Société de chirurgie.

1° Les lésions sont en général indolentes.

2° Dans nombre de cas les tuberculoses profondes subissent une régression lorsque les tuberculoses du testicule et de l'épididyme sont supprimées.

3° Ces organes sont difficiles à aborder.

D'autres causes militent aussi en faveur de la non-intervention : les lésions sont bénignes.

« Cette bénignité, nous dit Legueu, nous pouvons la vérifier sur bien des malades chez lesquels l'on voit des

1. Legueu. *Bulletin et Mémoires Soc. de chir.*, 1909.
2. Marion. *Bulletin et Mémoires Soc. de chir.*, 1909.

vésicules séminales rester sans troubler sensiblement la santé et sans évoluer localement. Dans ces conditions toute opération sur ces organes est souvent inutile et voilà pourquoi le nombre des opérations est encore très restreint. »

Les auteurs ont remarqué encore l'envahissement de l'épididyme du côté sain après opération du côté malade.

« Lors d'une première opération, nous dit Marion dans son rapport, M. Baudet enlève tout l'appareil génital du côté droit, et trouvant la vésicule gauche envahie ainsi que la terminaison du canal déférent de ce côté, il les supprime ; à ce moment l'épididyme gauche apparaissait sain. Or quelques mois plus tard le malade revenait avec une épididymite tuberculeuse gauche » ; d'où cette hypothèse de Marion :

« Il ne paraît pas douteux que dans un certain nombre de cas, il resterait à savoir si ce n'est pas dans tous, la propagation des lésions au côté sain se fait non pas du testicule à la vésicule, mais de la vésicule vers le testicule, celle-ci étant évidemment contaminée par celle du côté malade. »

Comme conclusions nous ne pourrons mieux faire que de citer celles de Marion (1).

Les indications de la vasovésiculectomie sont nettes : opération de nécessité, on la pratiquera lorsqu'il existe :

a) Des fistules purulentes entretenues par la vésiculite tuberculeuse ;

b) Des troubles rectaux par irritation de voisinage ou par compression due à la périvésiculite ;

1. Marion. *Bulletin et mémoires Soc. chir.*, 1909

c) Des troubles vésicaux d'origine irritative ;

d) Des vésicules continuant à grossir après l'ablation des lésions testiculo-épididymaires ;

e) Des lésions considérables du canal déférent dont l'ablation s'impose ;

f) Un envahissement de la vésicule du côté opposé alors que l'épididyme de ce côté est encore sain.

Opération de choix, on ne la pratiquera que si la vésicule est vraiment grosse. En dehors de ce cas, on comptera sur la régression spontanée dont elle peut être le siège tout en surveillant attentivement la lésion par la suite.

La vasovésiculectomie est donc une opération qui pourra dans maintes circonstances rendre des services, alors que ces cas sont encore bien limités.

EXTIRPATION TOTALE DES VOIES GÉNITALES

Certains auteurs, dans la tuberculose génitale n'ont pas craint d'extirper complètement les voies génitales en respectant toutefois autant que possible le testicule.

La technique opératoire a été bien décrite par Pauchet (1). Les résultats en sont bons en général ; la mort est rare. Cependant les suites immédiates sont quelquefois délicates comme l'opération elle-même. Il y peut y avoir des blessures de l'urètre, et du rectum, des fistules interminales, de l'infection qui peuvent avoir des conséquences graves pour des malades dont l'état général est souvent loin d'être satisfaisant.

Quelles sont les indications opératoires ?

« Dans les cas de tuberculose épididymo-testiculaire, dit Pauchet, le toucher rectal révèle souvent de l'induration du côté de la vésicule correspondante. Cet organe que, normalement, le toucher ne perçoit pas devient alors perceptible sans être toutefois augmenté de volume. Cette induration est-elle une indication suffisante à l'extirpation ? Non, surtout si la prostate est

1. Pauchet. *Bulletin et Mémoires Société de chirurgie*, 1904.

saine. Le chirurgien doit limiter son intervention à l'épididyme et au déférent, quitte à enlever la vésicule quelques mois ou quelques années plus tard si elle augmente de volume. Pour que la vésicule donne vraiment l'impression d'être infectée par le bacille et d'êtr e chirurgicalement malade, il faut qu'elle soit nettement plus grosse que normalement (amande, noisette, petit doigt, pouce).

Le chirurgien qui pratique l'extirpation des voies spermatiques est poussé à cette intervention, soit parce que les vésicules séminales sont volumineuses, soit parce que, après l'extirpation simple de l'épididyme et du déférent, les lésions apparaissent quelques mois ou quelques années plus tard, soit enfin parce qu'il existe du côté de la vessie des phénomènes d'irritabilité et de suppuration qui peuvent être mis sous la dépendance des lésions de la vésicule ou des canaux éjaculateurs. Enfin l'intervention peut être nécessitée par des fistules périnéales provenant de lésions prostatiques ou vésiculaires. »

Marion a pratiqué cette opération sur trois malades ; il eut un décès ; aussi sans condamner cette intervention, ne la fera-t-il désormais que dans des cas bien déterminés, lorsque le malade sera uniquement atteint de tuberculose génitale et que son état général sera excellent.

L'extirpation totale unilatérale des voies génitales empêche-t-elle fatalement le côté opposé de s'infecter ? Pas du tout. Pauchet dut châtrer du côté gauche deux ans après une opération à droite.

Mais si l'opération est bilatérale les testicules diminuent un peu de volume et généralement ne s'atrophient

pas, les fonctions viriles persistent (1). « En résumé la suppression des voies excrétrices du sperme pratiquée des deux côtés, rend le sujet infécond, mais n'engendre pas l'impuissance. »

Si la vasovésiculectomie est une opération très indiquée dans certains cas, l'extirpation totale des voies génitales est une opération d'exception qu'on aura l'occasion de pratiquer bien rarement.

1. Pauchet. *Balletin et mémoires Soc. Chir.*, Paris, 1909.

LA VASOÉPIDIDYMECTOMIE

« Lorsqu'il y a des tubercules dans quelques parties des voies génitales, il y en a dans l'épididyme », a dit Ricord.

Les chirurgiens allemands ont remarqué qu'après la castration les lésions prostato-vésiculaires régressaient.

Le professeur Duplay n'a-t-il pas dit aussi dans une clinique chirurgicale faite à l'Hôtel-Dieu :

« Il est à remarquer que parfois, après les opérations économiques sur le testicule ou l'épididyme, les lésions tuberculeuses peu avancées de la prostate ou des vésicules séminales restent stationnaires et peuvent même rétrocéder. »

Un traitement de l'hypertrophie de la prostate ne consiste-t-il pas dans la section des déférents ?

Les chirurgiens français forts de ces observations et voulant à tout prix conserver à l'homme sa virilité en lui gardant au moins une glande génitale, ont suivi la voie que leur avait tracée Bardenhauer en 1880 en isolant le testicule des voies génitales supérieures, faisant une section des voies spermatiques au niveau du testicule et la résection d'un organe toujours atteint : l'épididyme.

Mais d'autre part si on isolait le testicule il fallait lui conserver sa vitalité, il fallait l'empêcher de s'atrophier et cela en respectant les autres éléments du cordon.

Legueu a fait sur des chiens des opérations concluantes ; sectionnant les artères du cordon et laissant le canal déférent intact, il a vu survenir l'atrophie testiculaire, sectionnant au contraire le canal déférent et respectant les artères il n'a pas trouvé de changement de volume du testicule.

Aussi en France, à la suite de Bardenhauer, Villeneuve, Duplay, Humbert, Quénu pratiquèrent l'épididymectomie qui ouvrit l'ère des opérations conservatrices dans la tuberculose génitale.

Humbert enlevait au bistouri l'épididyme malade : Quénu, lorsque des lésions ne lui semblaient pas étendues se contentait de curettages ou d'ablations partielles.

Encore maintenant beaucoup de chirurgiens se contentent d'une épididymectomie simple, mais aussi beaucoup préfèrent la vasoépididymectomie. En effet si l'épididyme est toujours atteint nous savons que le déférent présente des lésions sinon dans toute son étendue, tout au moins à ses deux extrémités. En enlevant le plus possible de déférent, on supprime donc un petit foyer d'infection et cela est chose utile.

Si en effet nous avons de belles statistiques d'épididymectomies (Quénu, 15 guérisons sur 19 malades ; Humbert, 14 sur 15), jetons un coup d'œil sur les observations de la thèse de Petit qui a revu ses malades quelques années après ; nous y trouvons soit des récidives sur place, soit des fistules en plus grand nombre siégeant à la partie supérieure de la cicatrice, provenant du cordon et plus particulièrement du déférent (Obs. III,

IV, IX, X, XIII), ou encore les lésions ont envahi le côté opposé (Obs. V, VI, X, XI).

De ces observations il résulte que le déférent est l'origine d'une suppuration qui est quelquefois interminable. Le supprimer lorsqu'il est atteint, et il l'est dans la plupart des cas, doit donc être le remède.

Le principe auquel on obéit en faisant la vasoépididymectomie est donc d'isoler le testicule ; on ne peut avoir en effet la prétention de pratiquer l'exérèse de toutes les voies spermatiques atteintes de bacillose, nous savons qu'il existe à peu près constamment des lésions au niveau des vésicules séminales et de la prostate, mais le testicule non en continuité avec les foyers infectieux peut sembler hors d'atteinte du processus tuberculeux.

Certains chirurgiens voulant rétablir le cours du sperme ont imaginé d'anastomoser le testicule avec le déférent. En procédant ainsi, ils agissent contre le principe de la méthode qu'ils appliquent et il n'a jamais été prouvé que le déférent restait perméable aux spermatozoïdes.

Quoi qu'il en soit dans les cas de lésions unilatérales, lésions légères ou surtout localisées à l'épididyme, lorsque les vésicules et la prostate ne sont atteintes que d'une façon insignifiante la vasoépididymectomie donnera de beaux résultats (75 °/₀ de guérisons).

En effet, de l'aveu même des auteurs les plus favorables à la vasovésiculectomie, Baudet, Pauchet, il est inutile, sauf dans le cas de grosses vésicules dépassant le volume du doigt, de s'attaquer à elles, la régression des lésions ayant lieu dans les années qui suivent l'opération.

La vasoépididymectomie, opération de pratique cou-

rante, sera donc indiquée dans la plupart des cas de malades venant trouver le chirurgien avec des lésions unilatérales au début, lésions ayant respecté le testicule. Elle sera souvent suffisante ; elle pourra toutefois être complétée par la vésiculectomie lorsque la vésicule correspondante présentera des lésions avancées.

Le malade bénéficiera d'une opération bénigne, conservera avec ses deux testicules sa virilité, aura de grandes chances de voir ses lésions prostatiques et vésiculaires régresser, mais est-il complètement à l'abri des récidives du côté opposé, le déférent et l'épididyme sain pouvant s'infecter par la prostate ou les vésicules séminales, si à ce niveau les lésions sont bilatérales.

Nous remarquons en effet que dans presque tous les cas lorsqu'il y a récidive après une vasoépididymectomie unilatérale c'est du côté opposé qu'elle se produit ; aussi a-t-elle attiré l'attention sur la nécessité de faire d'emblée la vasoépididymectomie bilatérale.

Si Haas a 46 °/₀ de guérisons dans la castration unilatérale il a 26 °/₀ de récidives du côté opposé et dans l'épididymectomie ou la vasoépididymectomie unilatérale, elles sont encore souvent observées.

« L'envahissement de l'épididyme du côté sain, nous dit Marion (1), après opération du côté malade est chose fréquente ; on en déduit même qu'il est dangereux d'intervenir d'une façon radicale, car si l'on est logique on sera conduit à agir de la même façon sur le second testicule. »

« Considérée au point de vue de l'avenir seul des testicules et de la fonction génitale, la tuberculose du

1. Marion. *Soc. de chirurgie*, 1909.

testicule présente des conditions pronostiques d'une gravité immédiate : le testicule resté sain demeure-t-il toujours indemne après la guérison spontanée ou opératoire de la lésion tuberculeuse qui a frappé le testicule du côté opposé ?

« La réponse ne peut être donnée que par le relevé statistique de l'histoire clinique totale d'un grand nombre de malades. Or dans la grande majorité des observations, on voit que les malades, s'ils sont restés guéris un certain temps de leur maladie ou bien malgré l'unilatéralité longtemps conservée de leurs lésions ont présenté plus tard des lésions semblables du côté opposé. Il semble que tôt ou tard les deux glandes subissent les mêmes désordes destructifs, si l'extension plus grave du processus tuberculeux à d'autres organes leur laisse le temps de se développer (1). »

Il reste donc un point acquis, c'est la fréquence des récidives du côté opposé, d'où la nécessité dans certains cas d'une opération bilatérale.

Examinons maintenant les différents malades qui peuvent se présenter à nous et qui seront susceptibles d'opérations bilatérales.

Nous n'irons pas proposer une si radicale opération à un malade ayant de simples lésions unilatérales au début, noyaux durs dans son épididyme, prostate et vésicule à peine touchés ; il sera passible soit du traitement médical, soit d'une vasoépididymectomie unilatérale. Mais ce malade présente des lésions avancées de la prostate et des deux vésicules. Que faire ?

Legueu nous conseille dans son *Traité d'urologie :* « en présence de lésions vésiculaires doubles de faire

1. Le Dentu et Delbet.

systématiquement la ligature du deuxième canal déférent au cours d'une opération unilatérale ; on évite à la fois et la récidive du côté du testicule sain et l'évolution maligne des lésions prostatiques. »

Lorsque Legueu a fait la castration unilatérale et qu'il trouve des lésions de la vésicule du côté sain il supprime donc toute communication entre le testicule sain et la vésicule ; il isole la glande génitale des voies spermatiques supérieures, mais pourquoi tout d'abord, puisque le sujet est rendu infécond, mettre une si faible barrière entre les voies spermatiques saines et celles infectées ? Ne faut-il pas mieux faire comme l'indique le Dr Lapeyre, une exérèse aussi large que possible de l'épididyme et du déférent ?

Il y a 26 % de récidives du côté opposé, il est vrai, mais ici se pose une question qui ne devrait pas être débattue si la médecine était une science théorique répondant à des lois bien établies, mais notre art doit se conformer à l'état actuel de la société qui nous permet ou nous oblige à faire une distinction suivant la position sociale du malade à opérer. Mettons les choses à l'extrême.

Avons-nous affaire à un homme marié, déjà père de plusieurs enfants qui ne doit pas se ménager pour gagner la vie des siens, dont la disparition plongerait la famille entière dans la misère, dont les enfants seraient ainsi plus exposés aux infections et qui pourraient voir leur existence menacée, ou au contraire est-on en présence d'un malade aisé célibataire ou marié sans enfant qui peut suivre le traitement médical de toutes les tuberculoses locales : cure d'air, cure de repos, suralimentation, stations climatériques ?

Ce sont, on le voit, deux cas bien différents. Ce dernier est dans les meilleures conditions pour guérir, l'autre ne l'est pas et de plus il faut qu'il vive. Doit-on au prix d'une future procréation hypothétique laisser ce malheureux susceptible d'avoir son deuxième testicule envahi et subir une opération, une émasculation dont la conséquence immédiate serait de le rendre moins apte à son travail ?

La question devient donc complexe et délicate. Dans ce dernier cas si j'ai été obligé de faire la castration unilatérale, je n'hésiterai pas à lui pratiquer une vasoépididymectomie du côté opposé si les vésicules et la prostate présentent des lésions bilatérales, et même sachant combien souvent la prostate et les vésicules sont envahies lorsque le processus tuberculeux a eu le temps de se propager au testicule et le léser à tel point que son ablation soit indispensable, je n'hésiterai pas dans les cas douteux à pratiquer une exérèse de l'épididyme et du déférent du côté opposé, ne voulant pas faire courir à un malade qui ne viendrait pas souvent consulter après une opération unilatérale, les inconvénients d'une émasculation totale.

Mais vis-à-vis d'un malade qui a le temps et les moyens de se soigner, qui pourra être suivi attentivement, je songerai qu'il n'y a que 26 % de récidives et je n'interviendrai pas si j'ai été obligé de faire une castration unilatérale, les lésions de la prostate et de la vésicule du côté sain étant peu apparentes. Je n'interviendrai que lorsqu'il y aura de très grosses lésions des voies spermatiques supérieurs du côté sain, rendant presque impossible la non infection du déférent et de l'épididyme correspondants.

Nous avons encore d'autres cas à considérer. Les deux épididymes peuvent être atteints avec ou sans coexistence de lésions testiculaires.

Doit-on faire une opération double ? Pauchet répond par la négative : « Si le malade se présente avec des lésions bilatérales, si en même temps son état général est précaire, il vaut mieux s'abstenir d'interventions radicales. » (1)

Pourquoi cette abstention ? Alors que Haas dans la castration unilatérale n'a que 46 °/₀ de guérisons, il en accuse 56 °/₀ pour castration double.

Ici nous appliquerons les règles développées dans les indications opératoires. Si l'état général est satisfaisant et si l'appareil génital seul est atteint de tuberculose, pourquoi ne pas opérer ? C'est en effet dans ces cas qu'on obtient de beaux succès par la vasoépididymectomie double comme on peut le voir par les observations qui suivent.

Il est bien rare qu'un malade vienne consulter alors qu'il est porteur de lésions doubles des testicules, il y aura bien toujours sinon un testicule entier sain, tout au moins une partie d'une glande à conserver qui suffira à parer à bien des ennuis futurs.

Que peut-on reprocher à la vasoépididymectomie bilatérale ?

Limiter le pouvoir procréateur d'un individu. Il y a un testicule sain, un épididyme et un canal déférent qui semblent non lésés avec une vésicule séminale et une prostate augmentées de volume et bourrées de noyaux, on peut objecter que si l'on fait une extirpation du déférent et de l'épididyme, on rend ce malade stérile.

1. Pauchet. *La Clinique*, juin 1908.

Mais si le testicule du côté sain produit encore des spermatozoïdes, ses voies d'excrétion lui permettent-elles de pouvoir les employer, ne restent-ils pas emprisonnés dans la glande génitale ou même si seules la prostate et la vésicule sont atteintes, ces lésions tuberculeuses ne forment-elles pas une barrière infranchissable au sperme.

« Que devient le sperme dans un appareil séminal tuberculeux ? Un moment arrive où il n'est plus ni excrété, ni sécrété, les tubes séminifères sont détruits, du moins les épithéliums qui les tapissent sont altérés et les animalcules ne sauraient s'y développer. Et puis les canaux excréteurs, conduit épididymaire et canal déférent, oblitérés ou ulcérés ne pourraient plus livrer passage à la semence si tant est qu'il en existe (1). »

Il ne faut donc pas se leurrer sur la fécondité des malades ayant subi la vasoépididymectomie unilatérale avec noyaux bilatéraux de la prostate et des vésicules et en fait dans les nombreuses observations de malades revus quelques années après une vasoépididymectomie unilatérale je n'ai pu trouver qu'une seule observation où il ait été mentionné la naissance d'un enfant de la femme d'un opéré (2) et encore faut-il être sceptique. Le professeur Pinard ne se plaît-il pas à répéter que si la mère du nouveau-né est toujours connue, bien malin est celui qui peut en affirmer être le père.

Une autre objection contre la vasoépididymectomie bilatérale peut être soulevée.

Le malade sachant qu'il est opéré de vasoépididymec-

1. Duplay et Reclus.
2. Berthelot. Thèse de Paris, 1901.

tomie bilatérale, saura par là même qu'il est condamné à ne pas avoir de descendance et cela pourra être la cause pour lui de troubles psychiques.

Un homme se refuserait avec raison à l'émasculation, faut-il lui dire qu'au point de vue procréation il en sera de même avec la vasoépididymectomie bilatérale ?

Heureusement que la plupart des individus ne savent pas encore assez d'anatomie pour se rendre un compte exact de la valeur génitale de l'opération qu'ils ont subie et s'ils ne nous le demandent pas nous devons les en laisser dans l'ignorance la plus complète. Il est bien des cas dans l'exercice de notre profession que nous devons nous taire pour sauvegarder la bonne entente de deux individus. Le professeur Pinard ne nous disait-il pas au commencement de l'année au cours d'une de ses leçons cliniques que lorsqu'une femme, bien avant neuf mois après son mariage, accouchait d'un enfant semblant être à terme, nous devions bien entendu taire au mari son infortune, mais encore nous avions le devoir de le rassurer s'il était inquiet. Si de même la femme d'un opéré de vasoépididymectomie bilatérale a un enfant, la vie de deux êtres sera rendue par ce fait plus agréable si le mari ignore tout de son impuissance réelle.

Et cela est d'autant plus facile à lui cacher que, comme nous le verrons dans les pages suivantes, dans la vie sexuelle de l'homme et de la femme rien ne semble changé pour eux.

En taisant ainsi l'impuissance réelle de l'homme on met un ménage à l'abri de la désharmonie, on rend la vie aussi douce que possible à deux êtres qui avaient été faits pour un but différent : la possibilité de pro-

créer, mais si cet avantage ne leur est pas permis par la nature, ne leur donne-t-on pas une compensation en leur en laissant l'illusion.

Si nous sommes les médecins du corps, ne devons-nous pas être souvent ceux de l'âme ?

Maintenant que nous avons vu quels pourraient en être les inconvénients, énumérons les avantages de la vasoépididymectomie double.

C'est une opération dont la mortalité est nulle parce que le mode opératoire en est très simple comme on peut s'en rendre compte par la technique opératoire. Pas de craintes de fistules ou de suppurations chez un sujet n'ayant jamais un très florissant état général ; pas de craintes de lésions de l'urètre ou de l'uretère, pas de fistules périnéales comme dans la prostatectomie ou la vasovésiculectomie.

C'est une opération utile non seulement par ses résultats immédiats, mais aussi par ses résultats éloignés ; dans la plupart des cas on a noté la régression des lésions prostatiques et vésiculaires.

Enfin il reste une grande distinction entre la castration totale et la vasoépididymectomie bilatérale. Si dans les deux cas l'homme est rendu stérile, il garde dans le second la virilité qu'il a perdue dans le premier.

« Un homme sans épididyme n'est pas un eunuque », a dit P. Delbet.

Et de fait en dehors de la sécrétion interne du testicule qui est conservée, ce dernier a gardé sa forme, sa consistance et en général son volume normal ; il n'y a pas non plus de déformation des bourses. Ce n'est point la prothèse testiculaire qui peut remplacer ce testicule

bien vivant, déversant dans l'organisme une substance dont le corps humain ne peut se passer sans inconvénients.

Tillaux, qui jusqu'en 1896 (1) était partisan de la castration ne nous le dit-il pas :

« Aujourd'hui les données physiologiques modernes auxquelles je me range volontiers nous montrent que la substance testiculaire outre son rôle fonctionnel spécial possède une action importante sur la santé générale.

« La sécrétion testiculaire, malgré l'impossibilité de circuler comme à l'état normal et de jouer son rôle fécondant n'en est pas moins résorbée en partie et contribue à la vigueur de l'organisme. »

L'homme conserve aussi entière sa virilité et la plupart non hantés par leurs fistules ou leurs noyaux tuberculeux ont été surpris après l'opération par l'explosion d'une vie génitale nouvelle beaucoup plus active qu'avant l'exérèse de leurs épididymes et de leurs déférents et lorsqu'on a pu aborder auprès de leurs femmes ce point délicat de leurs sensations avant et après l'intervention, elles n'accusent aucune différence, d'où la parfaite tranquillité physique et morale des opérés et de leur compagnes.

1. Tillaux. *Bulletin médical*, juin 1896.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le Dr Lapeyre à eu la très grande amabilité de bien vouloir m'indiquer sa technique.

Opération unilatérale. — Il est fait une longue incision sur le scrotum remontant vers le canal inguinal si quelques noyaux sont perçus dans le trajet funiculaire.

La vaginale est incisée et réséquée totalement.

L'épididyme est séparé au ciseau de préférence, d'abord au niveau de la queue ; au niveau de la tête les vaisseaux testiculaires seront ménagés.

L'épididyme sera enlevé, autant que possible enlevé en bloc pour éviter l'ouverture de foyers caséeux. Il ne faut pas craindre au niveau de la tête d'entamer l'albuginée et même le parenchyme testiculaire si besoin est. Il est sage, d'ailleurs dans tous les cas douteux de fendre de haut en bas l'albuginée pour explorer le testicule (orchidotomie).

L'envahissement du corps d'Highmore permet encore la conservation par ablation à la curette. Quelques points au catgut réparent l'albuginée. Pour suivre le déférent sans blesser les vaisseaux, il importe de redoubler de précautions. Le Dr Lapeyre procède ainsi :

« Le déférent est d'avance repéré par une pince placée à un ou deux centimètres de la tête. On fait la section totale de l'épididyme, l'isolement est rendu plus facile D'habitude les deux ou trois premiers centimètres seuls sont malades ; dans tous les cas l'isolement est poussé jusqu'à six centimètres environ ; puis par des tractions à la pince, en saisissant successivement des points plus élevés, onze ou douze centimètres de canal sont attirés très facilement grâce à l'élasticité du conduit.

« Au cas de lésions remontant vers ou dans le canal inguinal, l'incision est prolongée sur celui-ci, l'isolement poussé jusqu'au canal inguinal.

« Il est illogique de pousser plus loin sans faire alors la vésiculectomie. »

Il est bien entendu que s'il existe des trajets fistuleux, l'exérèse en est faite complète, dans ces cas au lieu de réunir par première intention, il faudra drainer parfois.

Variantes opératoires. — L'extrémité du déférent sectionné est fixée au corps d'Highmore (Bardenhauer, Mauclaire, Pauchet).

Pour expliquer une telle fixation il faut être bien sûr qu'il n'existe aucune lésion dans les voies génitales supérieures, or nous savons que dans presque tous les cas on rencontre des lésions à l'extrémité vésiculaire du déférent, aux vésicules et à la prostate ; le testicule, si toutefois le déférent à son abouchement à la glande génitale reste perméable, n'est donc plus isolé du foyer de contagion, ce qui doit être le principe essentiel de toute opération conservatrice.

On fera la ligature ou mieux dans certains cas la résection sur deux ou trois centimètres du deuxième déférent

attiré dans la même incision à travers le septum incisé.

Le Dr Lapeyre pratique systématiquement cette résection depuis trois ans.

1° Si la deuxième vésicule est malade (Legueu).

2° Si les lésions avancées du testicule ont obligé à une première castration (Lapeyre).

Opération bilatérale. — Dans des cas bien déterminés que nous avons mentionnés, nous devons avoir recours à l'opération bilatérale qu'il faut, souvent, faire précocement.

Alors que dans l'opération unilatérale, nous avons quelquefois à intervenir tardivement sur la vésicule et la prostate, l'opération bilatérale rend plus rares ces interventions secondaires.

Le Dr Lapeyre conseille une incision unique en V découvrant les deux testicules et les deux canaux déférents. L'incision tiendra compte des orifices fistuleux, s'il en existe, pour les supprimer.

Pour chaque côté la technique est identique, une attention plus grande encore sera portée à ménager les artères testiculaires.

Les deux testicules seront explorés ; si l'un seul est malade on n'hésitera pas à l'enlever ; si les deux sont malades on tâchera à tout prix d'en conserver un par une opération incomplète : grattage du corps d'Highmore, excision partielle. Parfois on suturer a ensemble les deux moignons testiculaires de façon à reconstituer un seul testicule à peu près normal.

Suivant les cas, on fera ou non un drainage.

Legueu fait une seule incision d'un côté et à travers la cloison, attire l'épididyme et le canal déférent du côté opposé qu'il résèque.

Marion fait deux incisions, au niveau de chaque canal inguinal. Il sectionne aussi près que possible de la vésicule le canal déférent dont il touche l'extrémité au thermocautère. Par son incision inguinale il attire le testicule et l'épididyme qu'il résèque, ainsi que la vaginale.

OBSERVATIONS

Observation I

(Lapeyre. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1911.)

Tuberculose génitale bilatérale. Vasoépididymectomie double. Guérison avec conservation des testicules.

X..., 39 ans, cultivateur, adressé en 1908 par le Dr C..., pour une tuberculose épididymaire double.

Il existe des noyaux très nets dans les deux épididymes. L'un d'eux est ramolli, non adhérent à la peau, sans fistules. Quelques nodosités sont remarquées à la partie inférieure du déférent. Au toucher les vésicules séminales sont bosselées et douloureuses.

L'état général est médiocre. Les envies d'uriner sont fréquentes, cependant la vessie et l'arbre urinaire sont indemnes.

Les sommets des poumons présentent de légères traces d'induration.

Le Dr C..., devant l'évolution rapide des lésions pense à la nécessité d'intervenir. Après hésitation, il est décidé que les testicules seront conservés s'ils sont intacts.

A l'opération faite au domicile du malade, les deux testicules sont trouvés sains ; par contre les épididymes sont altérés et bourrés de cavernes purulentes.

Chaque épididyme est soigneusement détaché du testicule correspondant en empiétant un peu sur l'albuginée même, puis le canal déférent saisi avec une pince est attiré en bas et réséqué très haut. Il y a peu d'hémorragie.

Au cours de l'opération grosse alerte chloroformique.

Les suites en ont été très simples. Il a été fait un drainage du côté gauche, le plus malade, et il y eut de la suppuration pendant six semaines.

Le malade a été revu à plusieurs reprises tout dernièrement encore et il a été constaté que :

1° Les testicules ne sont pas atrophiés ; ils sont même légèrement augmentés de volume ; la sensibilité est normale.

2° Il n'existe aucune récidive locale ; l'état général est redevenu excellent.

3° Le toucher rectal pratiqué à chaque fois a permis de constater une amélioration très nette de l'état de la prostate et des vésicules.

Actuellement il y a encore augmentation de volume de ces organes, mais il n'y a plus ni douleur au toucher ni bosselures.

Le malade enchanté ne se doute nullement de son impuissance réelle et se croit guéri sans avoir fait de sacrifice aucun.

Observation II

(Lapeyre. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1911.)

Tuberculose génitale double. Vasoépididymectomie double. Guérison avec conservation testiculaire.

X..., 34 ans, employé à la préfecture, vient consulter en 1908 pour une tuberculose épididymaire double. Pas de lésions testiculaires. Le malade ne présente pas non plus de lésions pulmonaires, ni de troubles urinaires. La prostate et les vésicules un peu douloureuses ne laissent pas percevoir au toucher de bosselures.

Du côté droit il existe une fistule conduisant sur l'épididyme très augmenté de volume et ramolli. On rencontre quelques nodosités au niveau du canal déférent. Le testicule est sain.

Du côté gauche l'épididyme est seulement induré ; il ne présente pas de lésions de ramollissement.

L'opération a lieu à Saint-Gatien. Il n'est fait qu'une seule incision. A droite le testicule est un peu entaillé lors de la séparation de l'épididyme.

Les artères et les éléments du cordon à l'exception du déférent sont soigneusement ménagés. Ce dernier est disséqué après traction le plus haut possible.

La guérison a été rapide, un testicule est légèrement atrophié ; sa vie génitale est aussi active que par le passé.

Observation III

(Lapeyre. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1911.)
Tuberculose génitale bilatérale. Vasoépididymectomie double. Guérison avec conservation testiculaire.

X..., 27 ans, ouvrier agricole, vient consulter en 1909 à la suite d'un traumatisme.

Il est constaté une épididymite suppurée à gauche, des lésions non ramollies à droite.

L'état général est très médiocre. Au sommet du poumon droit on entend quelques craquements.

L'appareil urinaire est intact.

Les testicules sont sains, les vésicules sont peu atteintes.

Le malade est opéré à l'hôpital Saint-Gatien selon la même technique.

Il existe un véritable abcès à gauche obligeant à une résection assez étendue de la peau du scrotum infecté.

On établit un drainage et la suppuration ne s'arrête qu'au bout de deux mois.

Ce malade a été revu l'année suivante. La guérison s'est maintenue complète.

L'état général est excellent, le poumon est amélioré mais non totalement guéri.

Les testicules sont plutôt augmentés de volume ; ils sont adhérents à la cicatrice.

Observation IV

(Lapeyre. *Archives provinciales de chirurgie*, 1911).
Epididymite bacillaire double. Vasoépididymectomie. Guérison.

R..., 44 ans, charretier, entre à l'hôpital de Tours, le 6 mars 1910, atteint d'épididymite bacillaire.

Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires à signaler.

Le malade a remarqué depuis le mois de février de la même année des grosseurs anormales dans ses bourses, il n'a jamais éprouvé de douleurs après de grandes fatigues.

Le scrotum présente un aspect normal. Sa surface ne porte pas trace de trajet fistulaire. Les testicules paraissent sains ; mais les deux épididymes sont augmentés de volume, durs, un peu douloureux à la pression, mais leur surface est irrégulière. On y perçoit des masses dures et de nombreuses bosselures. L'épididyme droit semble plus atteint que le gauche. Les canaux déférents paraissent indemnes.

L'intervention est pratiquée. Il est fait l'ablation des deux épididymes. Les canaux déférents sont attirés le plus haut possible et sectionnés sur une longueur de 8 à 10 centimètres et on constate la présence d'une petite caverne dans l'épididyme droit.

Le malade sort guéri le 25 mai. Les testicules se présentent alors sous un volume à peu près normal. Cependant le droit est moins régulier et moins mobile que le gauche.

Revu en septembre 1911 ; la guérison s'est maintenue. Les testicules ne sont pas trop atrophiés, l'induration à droite a presque disparu.

Observation V

(Lapeyre. *Archives provinciales de chirurgie*, 1911).
Tuberculose génitale bilatérale. Vasoépididymectomie double. Guérison avec conservation des testicules.

X..., 23 ans, vient d'être réformé du service militaire pour tuberculose génitale. Il est examiné en décembre 1909. Au régiment il a beaucoup maigri, toussait constamment ; il a commencé à souffrir de ses testicules il y a trois mois seulement ; la marche en a donc été très rapide.

Les lésions sont uniquement épididymaires, mais bilatérales. Il y a égalité des lésions des deux côtés. Les épididymes sont durs, adhérents, douloureux. Les vésicules accusent de la sensibilité au toucher ; il n'y a pas de phénomènes urinaires.

L'opération est pratiquée à Saint-Gatien. On ne trouve pas de foyer purulent. Les testicules sont sains. La séparation et la section du déférent sont très faciles. Par précaution on établit un drainage des deux côtés.

La guérison est rapide, sans suppuration. Il n'y a aucune récidive locale. L'état général s'est amélioré. Le malade travaille sans interruption.

Examiné le 1er septembre 1911, ses testitules sont légèrement diminués de volume, mais sans atrophie.

Le malade est enchanté du résultat obtenu.

Observation VI (inédite).

Tuberculose génitale bilatérale. Castration gauche. Vasoépididymectomie droite.

X..., ouvrier agricole.

Entre en novembre 1910 à l'hôpital Saint-Gatien.

Il a reçu quelques semaines auparavant un coup de pioche au niveau du testicule gauche. Il entre à l'hôpital souffrant d'une orchite suppurée. Le malade insiste pour que cette orchiépididymite soit considérée comme un accident du travail.

A l'examen on constate des lésions anciennes. L'épididyme et le testicule gauches sont farcis de lésions tuberculeuses et suppurent abondamment ; du côté droit on constate des lésions épididymaires légères.

Les vésicules sont douloureuses.

Le Dr Lapeyre devant les graves lésions du testicule gauche est conduit à faire une castration de ce côté ; à droite il est pratiqué une vasoépididymectomie. Les suites en ont été bonnes ; ce malade n'eut pas de fistules.

Observation VII (inédite).

Tuberculose génitale bilatérale. Vasoépididymite gauche. Déférentectomie droite.

X..., employé P. O., 29 ans, venu de Paris chez ses parents. Il est marié depuis quatre ans et n'a pas d'enfant.

Depuis cinq à six ans il présente un noyau au niveau de son épididyme gauche.

Ce noyau qui était ainsi resté sans modification pendant si longtemps, sans cause apparente a pris un développement extrêmement rapide en deux mois et demi et son volume est maintenant considérable.

Les vésicules sont atteintes des deux côtés. A droite le cordon est augmenté de volume, mais on n'y rencontre aucun noyau suspect.

En présence de l'acuité des phénomènes le Dr Lapeyre fait une vasoépididymectomie à gauche. Les lésions s'étant propagées au testicule, on en fait une légère résection.

A droite le déférent est réséqué sur deux centimètres. La guérison a été rapide ; réunion par première intention.

Observation VIII (inédite).

Vasoépididymectomie gauche. Récidive. Castration droite.

X..., 44 ans, opéré il y a trois ans de vasoépididymectomie à gauche pour tuberculose génitale unilatérale.

Il vient consulter parce qu'il a une récidive à droite. Il présente des troubles urinaires. Sa prostate est grosse. Un médecin fait un examen des uretères.

Le cordon dans le trajet inguinal menace de suppurer.

Le 25 mai 1911 le Dr Lapeyre lui fait une ablation du testicule, de l'épididyme, du déférent et de la vésicule par la voie inguinale.

Le résultat de cette opération est bon. En août bien qu'il y ait encore de la suppuration dans la région inguinale l'état général est transformé, les troubles urinaires ont disparu ; la prostate était donc en cause et non la vessie comme l'auraient pu faire penser les troubles urinaires.

Grâce à sa vasoépididymectomie d'il y a trois ans, le malade conserve un testicule.

Malheureusement il a été emporté par une méningite en octobre 1911.

Observation IX (inédite).

Castration gauche. Déférentectomie droite. Guérison.

X..., chauffeur d'automobiles, vient consulter en août 1910, porteur de lésions très avancées à gauche. La prostate et les vésicules sont augmentées de volume et présentent des noyaux très nets. L'état de son épididyme et de son testicule oblige le Dr Lapeyre, à faire une castration à gauche. A droite il est fait une résection du déférent.

Revu en septembre 1911, ce malade ne présente pas de récidive ; de plus, la prostate et les vésicules sont très diminuées de volume. Son état général est excellent.

Observation X

X..., 46 ans, marié, père de trois enfants, présente des troubles urinaires. La prostate et les vésicules sont gorgées. L'épididyme droit seul semble atteint.

En août 1911, le Dr Lapeyre fait une vasoépididymectomie à droite et en raison de l'état de la prostate et des vésicules fait une résection du déférent à gauche.

Les résultats immédiats sont bons.

Observation XI (*in* thèse Perdrigeat)

Vasoépididymectomie droite. Récidive.
Vasoépididymectomie gauche.

Homme de 45 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Bien portant jusqu'alors il entre au mois de janvier 1902 dans le service de M. le professeur Gross pour une épididymite bacillaire, du côté droit, dont il souffrait depuis un mois. On constate : un épididyme gros, dur, irrégulier, dans toute

sa longueur, le cordon un peu induré ; le testicule semble sain. Au toucher rien d'appréciable du côté de la prostate et des vésicules. Aucun symptôme ne fait penser à une lésion tuberculeuse de la vessie ou des reins. Rien à l'auscultation. Le testicule, une fois la vaginale ouverte semble sain, aussi l'orchidotomie exploratrice ne fut-elle pas faite, mais le canal déférent étant gros et dur fut libéré d'avec les autres éléments du cordon le plus haut possible, légèrement attiré, puis lié et sectionné au ras de l'anneau inguinal externe. La tranchée est cautérisée au thermocautère. Suture de la vaginale à la soie, suture cutanée aux crins. Guérison par première intention.

Le malade revient trois mois plus tard pour une nouvelle poussée du côté gauche remontant à un mois. L'état général est bon. Le testicule droit est normal, non atrophié, non douloureux. La cicatrice est à peine visible. Du côté gauche on sent un épididyme induré, volumineux, bosselé, irrégulier. L'induration remonte sur le trajet du canal déférent jusqu'à l'orifice externe de l'anneau inguinal. Pas plus que la première fois on ne constate des lésions au toucher rectal et la même opération est pratiquée, en ayant soin de continuer avec le doigt le décollement du canal déférent le plus loin possible dans l'abdomen. On en pratique l'éradication par tractions lentes. La portion enlevée fut ici de 28 centimètres.

Sutures. Guérison par première intention.

Observation XII (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Marinesco.)

Tuberculose génitale bilatérale. Vasoépididymectomie double.

P..., 36 ans, cantonnier, entre à Lariboisière dans le service du professeur Marion parce qu'il a des fistules au niveau des bourses.

Le scrotum présente une coloration rosée à gauche, rougeâtre à droite. Le sillon antérieur est profond et très marqué surtout au niveau de la base de la verge. En ce point

apparaît une fistule suivant une fente longitudinale de 1 centimètre environ. En écartant des lèvres de la fistule, on aperçoit une petite ulcération rougeâtre au centre, blanchâtre à la périphérie.

En arrière à la partie médiane du scrotum dans le sens horizontal, on voit superposées l'une à l'autre deux fentes laissant apercevoir un peu de pus blanchâtre.

A quatre travers de doigt de la ligne médiane, parallèlement au canal inguinal se trouve une ulcération allongée et déprimée.

Le testicule gauche est difficile à distinguer de l'épididyme. Celui-ci paraît volumineux et dur. Le palpation ne réveille pas de douleur.

Le testicule droit est un peu douloureux à la pression. L'épididyme est gros. Les canaux déférents sont gros et durs.

La prostate est molle, régulière, augmentée de volume ; elle n'est pas douloureuse.

Le malade est opéré le 4 juin 1908. On lui fait une épididymo-déférentectomie double.

Il sort le 14 août, avec des fistules donnant encore un peu.

Ce malade a été revu le 9 octobre 1911. La guérison est complète des deux côtés.

Le testicule gauche est un peu atrophié.

Le testicule droit est normal.

La prostate et les vésicules ne présentent aucune trace de lésions.

La puissance génitale est conservée ; il présente toutefois une hernie inguinale droite.

Observation XIII (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Marinesco).

Tuberculose génitale bilatérale.
Vasoépididymectomie bilatérale.

C..., 20 ans, comptable, entre à l'hôpital Lariboisière le 20 décembre 1908 parce qu'il présente une fistule à la partie inférieure du scrotum.

Depuis cinq mois déjà il a remarqué que la partie gauche de ses bourses se développait ; quand au mois de décembre il s'est fait une fistule d'où s'échappe un pus abondant, fluide, séreux.

Actuellement on remarque du côté gauche un épididyme volumineux, présentant de nombreux noyaux. Une fistule existe au niveau de la queue de l'épididyme qui adhère à la peau.

Du côté droit existe un épididyme dur, bosselé, assez volumineux. Toutefois il n'y a pas de fistule et les lésions paraissent être à un degré moins avancé.

La prostate est grosse et présente à droite des noyaux encore durs.

On ne remarque rien du côté du canal déférent.

Le 24 décembre, il est pratiqué sur ce malade une épididymectomie double.

Le 7 janvier 1909 il sort guéri de l'hôpital.

Il a été revu en juin 1911. La guérison s'est maintenue complète.

Observation XIV (*in* thèse Anger, résumée)

Tuberculose génitale gauche. Curettage et incision. Récidive. Castration droite.

M. S..., 33 ans, artiste peintre.

Le malade présente en 1903 un abcès de l'épididyme à gauche : curettage et incision.

Trois mois après, le côté droit est atteint. Castration.

En 1908. Nouvel abcès à gauche. La lésion semble occuper l'épididyme et la partie adjacente du testicule.

L'abcès est incisé, les parois sont cautérisées au thermocautère, mais revu peu après il lui reste un testicule douloureux.

Observation XV (inédite).

Tuberculose épididymaire gauche. Epididymectomie gauche. Récidive. Castration droite.

L... Auguste, 37 ans, employé, entre dans le service du professeur Marion le 8 novembre 1908 pour une tuberculose épididymaire gauche. Les testicules sont sains.

Le 9 novembre, on lui fait une épididymectomie gauche.

Il sort de Lariboisière le 22 novembre 1908, lorsqu'il revient en mai 1911 avec des lésions tuberculeuses du côté droit.

Le 2 mai 1911, castration à droite.

Ce malade revu en octobre présente à gauche une petite fistule venant du déférent. Le testicule est sain.

Dans la prostate on constate des noyaux à gauche et rien à droite.

Observation XVI (inédite).

Tuberculose génitale droite. Castration droite. Récidive. Epididymectomie gauche.

M... Georges, 39 ans, entre en juin 1909 dans le service du professeur Marion pour une tuberculose génitale. Le testicule droit étant atteint, il est pratiqué une castration droite le 29 juin 1909.

En février 1911 ce malade revient porteur de lésions tuberculeuses gauches ; le 23 épididymectomie gauche.

Revu en octobre 1911, le testicule gauche est de consistance et de volume normaux.

La prostate présente encore des noyaux à droite.

Observation XVII (*in* thèse Berthelot).

Tuberculose génitale bilatérale. Vasoépididymectomie double. Guérison.

X..., malade âgé de 28 ans, porteur de deux épididymes tuberculeux. Le canal déférent est confondu en bas avec la

tuméfaction de l'épididyme dont il est impossible de le séparer.

Le toucher rectal révèle quelques lésions légères de la prostate et des vésicules séminales.

Opéré par M. Legueu qui lui fait l'ablation de l'épididyme droit et du canal déférent sur une longueur de 5 centimètres.

A gauche ablation de l'épididyme et du déférent sur 2 centimètres. Revu en 1900. Très bon état local et général. Rapports conjugaux réguliers et fréquents.

Observation XVIII

(Lapeyre. *Gazette médicale du Centre*, 1911.)

Tuberculose génitale bilatérale.
Vasoépididymectomie double. Guérison.

X..., 30 ans, de Limeray, alcoolique, marié, père de trois enfants, me consulte en juin 1909 pour des lésions épididymaires doubles, en voie de ramollissement à gauche.

Les vésicules sont bosselées et douloureuses.

Fréquents besoins d'uriner.

Etat général bon.

Vasoépididymectomie double sans difficultés. Les deux cordons sont bien ménagés.

Drainage. Guérison en trois semaines, une petite fistule se rouvre, dure deux mois.

Au 1er septembre 1910, l'état est excellent, aucune récidive locale. Les testicules ont conservé leur aspect quasi normal.

CONCLUSIONS

Désirant dans le traitement opératoire de la tuberculose génitale conserver au moins un testicule,

S'appuyant sur ce fait d'anatomie pathologique que dans la tuberculose génitale primitive le testicule n'est jamais atteint au même moment que les voies spermatiques,

Qu'en général les lésions prostatiques et vésiculaires régressent après la section des voies spermatiques,

Qu'après la section ou la résection de ces voies spermatiques, les autres éléments du cordon étant respectés, le testicule conserve son volume, sa consistance normale, ne s'atrophie pas,

Un malade atteint de tuberculose génitale primitive, sans lésions graves dans les autres organes et dont l'état général ne sera pas trop précaire sera passible :

1° S'il est atteint d'une épididymite sans grosses lésions du côté des vésicules ou de la prostate, de la vaso-épididymectomie unilatérale.

2° S'il y a de grosses lésions unilatérales de la prostate ou des vésicules séminales, d'une épididymo-vaso-vésiculectomie ou d'une extirpation totale des voies génitales d'un côté.

3° Si les lésions exigent une castration unilatérale, sauf de rares exceptions, d'une vasoépididymectomie du côté opposé.

4° Dans le cas de lésions bilatérales d'une vasoépididymectomie bilatérale, en conservant au moins un ou la plus grande partie possible d'un testicule.

Les bienfaits de la vasoépididymectomie, mettant à l'abri de toute récidive du côté de la glande génitale, seront de conserver au malade sa virilité, et en lui laissant ignorer son impuissance réelle, son activité physique aussi bien qu'intellectuelle, l'intégrité de son moral et même le bonheur dans son ménage.

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Auboin. — Thèse de Paris, 1873.

Audebal. — De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire. Thèse de Paris (1898).

Anger. — Thèse de Paris, 1908.

Bardenhauer. — Résection de l'épididyme et anastomose du canal déférent avec le corps d'Highmore. Annales des maladies des voies urinaires, 1901.

Baudet. — Congrès de chirurgie, 1907.

— Deux cas de vasovésiculectomie pour tuberculose génitale. Bull. Soc. chir., 1909.

Baudet et Duval. — Extirpation totale du canal déférent et de la vésicule terminale par la voie inguinale. Revue de chir., 1901.

Baudet et Kendirdjy. — De la vasovésiculectomie dans le cas de tuberculose génitale. Revue de chir. (1904).

Baumgarten. — De la tub. génito-urinaire expérimentale. Congrès allemand de chir. (1901).

Baylé. — Journal de Corvisart (1805).

Beinet. — Thèse de Bordeaux (1906).

Berger. — Arch. für Klin. Chir. (1902).

Berthelot. — Thèse de Paris (1901).

Bigouin. — Tuberculose galopante des testicules. Gazette hebdomadaire des Sciences médicales. Bordeaux, 1903.

Boglionbov. — Semaine médicale (1904).

Bonnet. — Du chlorure de zinc et de ses emplois en thérapeutique chirurgicale. Thèse de Paris (1893).

Bouchard. — Revue de médecine (1881).

Broca. — Tuberculose testiculaire chez l'enfant. Leçons cliniques de chirurgie enfantile. Paris (1905).

Brucker. — Thèse de Paris, 1910.

Bruckhardt. — Kranheiten der Prostata. Deutsche chirurgie Lief, 1902.

Bruns. — Résultats définitifs de la castration dans la tuberculose testiculaire. Congrès allemand de chirurgie (1901).

Bungner. — Traitement de la tub. génitale chez l'homme, 1901.

Carlier. — Prothèse testiculaire après la castration. Ann. des mal. des org. génito-urinaires (1896).

Cegla. — Thèse de Paris (1887).

Challier. — Thèse de Bordeaux (1906).

Chassin. — Thèse de Lyon (1888).

Chevrolle. — Thèse de Paris (1896).

Choltzoff. — Traitement opératoire de la tuberculose des canaux déférents et des vésicules séminales. Ann. des mal. des org. génito-urin., 1909.

Degrenne. — Thèse de Paris (1896).

Delore. — Epididymectomie totale dans la tuberculose génitale. Lyon médical (1898).

Dimitresco. — Thèse de Paris, 1897.

Dufour. — Thèse de Paris, 1854.

Dumesnil. — Thèse de Paris, 1905.

Dumont. — Thèse de Paris, 1899.

Duplay. — XII[e] Congrès international de médecine. Moscou (1897).

Fabrini. — Comme si regenerino le vie di eliminatione dell' epididimo. Clinica chirurgica. Milano (1901).

Farkas. — Treatment of tuberculosis of the testicle and epididymis. Vrolog., szenile. Budapest (1908).

Fays. — Thèse de Paris (1896).

Forgues et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

Gatti et Ferrari. — Sezione del dotto deferento et anastomosi intertesticulare. Il policlinico (1903

Guilliot. — Chirurgie des vésicules séminales. Presse médicale (1898).

Guisy. — Tuberculose prostato-vésiculaire. Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1906.

Griffini. — Sulla reproduzione parziale del testiculo. Arch. per la scienze med., 1887.

Guyon. — La castration pour le sarcocèle tuberculeux. Ann. des org. gén. urin., 1891.

Hallé et Motz. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la tuberculose urinaire. Ann. des mal. des voies urin., 1903.

Hugonnet. — Thèse de Paris (1877).

Hutinel et Deschamps. — Etude sur la tuberculose du testicule chez les enfants. Arch. gén. de médecine (1892).

Javally. — Contribution à l'étude de la tuberculose galopante du testicule. Thèse Bordeaux, 1904.

Jeanbrau. — Epididymite tuberculeuse à marche rapide avec vaginalité purulente. Montpellier médical (1900).

Koenig. — Présentation de pièces de tub. génitale. Congrès allemand de chir. (1901).

Lancereaux. — Ann. des maladies des org. génito-urinaires (1882).

Lapeyre. — Vasoépididymectomie dans la tuberculose bilatérale de l'homme. Journal de méd. et chir., 1911.

Le Dentu. — Congrès de chirurgie (1889).

Legueu. — Le noyau épididymaire en clinique. Leçons de clin. chir. (1902).

— Des opérations conservatrices dans la tuberculose testiculaire. Revue int. de méd. et chir. (1899).

— De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses. Bull. et mém. Soc. de chir. Paris (1905).

— De la vasovésiculectomie dans la tub. génitale. Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1909.

— Traité chirurgical d'Urologie, 1910.

Lelongt. — Thèse de Paris (1910).

Le Fur. — Maladies du testicule (1910).

Longuet. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme. Revue de chirurgie (1900).

Loze. — Traitement conservateur de la tuberculose du testicule. Journal des Praticiens (1907).

Malgaigne. — Bulletin de l'académie de médecine (1851).

Malinsky. — Thèse de Paris, 1900.

Marinescu. — Tratamentul chirurgical al tuberculozei Orchi-epididimairi, 1911.

Marion. — Technique chirurgicale, 1908.

— De la vasovésiculectomie dans la tuberculose génitale. Bull. et Mém. Société de chirurgie, 1909.

Marion, Achard-Paisseau. — Thérapeutique urinaire (1910).

Mathey. — Thèse de Nancy, 1909.

Mauclaire. — Traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par les ligatures et sections des éléments du cordon spermatique. Ann. des mal. des org. génito-urinaires (1901).

Monod et Terrillon. — Traité des maladies du testicule (1889).

Nélaton. — La tuberculose dans les affections chirurgicales. Thèse d'agrégation (1883).

Ozenne. — Traitement de la tuberculose primitive du testicule par les injections de chlorure de zinc. Congrès pour l'étude de la tuberculose (1893).

Papin. — Les fonctions sexuelles de la prostatectomie. Paris (1908).

Pauchet. — La tuberculose génitale chez l'homme. La Clinique (1908).

— Extirpation des voies spermatiques dans la tuberculose génitale. Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, 1909.

— Indications opératoires dans la tuberculose génitale chez l'homme. Association française d'urologie (1909).

Péan. — Leçons de clinique chirurgicale (1886).

Pedebidou. — Thèse de Paris (1899).

Perdrigeat. — Thèse de Bordeaux (1907).

Petit. — Thèse de Paris (1903).

Platon. — Thèse de Montpellier (1898).

— Epididymofuniculectomie. Presse médicale (1899).

Poulet et Bousquet. — Traité de pathologie externe.

Quénu. — Traitement opératoire de la tuberculose épididymaire. Soc. chir., 1896.

Rafin. — Lésions génitales tuberculeuses. Association française d'urologie, 1909.

Rasumowsky. — Eine neue conservative operation am Hoden.

Reyt. — Arch. für. Klin. Chir., 1902.

— Thèse de Paris, 1900.

Reclus. — Thèse de Paris, 1876.

Richet (Charles). — Communication à l'Acad. de méd. Revue de chir. (1900).

Rossi. — Contribution au traitement de la tub. génitale de l'homme. Soc. de méd. et de biologie de Milan (1908).

Roux. — Congrès français de chirurgie (1891).

Schede. — Soc. méd. de Hambourg (1898).

Schwartz — Soc. de chirurgie (1899).

Simon. — De la tuberculose testiculaire. Congrès allemand de chirurgie (1901).

Simmonds. — Uber frühformen der Samenblasen tuberculose. Virchow Arch., 1906.

Terrillon. — Progrès médical (1886).

Thomas. — Thèse de Lyon (1900).

Tillaux. — Chirurgie clinique, 1887.

— Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire (1896).

Tournade. — Thèse de Lyon (1903).

Tuffier. — Hydrocèles dites simples contenant des bacilles de la tuberculose. Bull. et Mém. Soc. chir. (1903).

Verchère. — Thèse de Paris, 1873.

Whiteside. — Radical operation for tuberculosis of the male genital organs. New-York, 1909.

Weir. — Celluloïd testicles. New-York med. Rec., 1894.

Wiessler. — Congrès de chir., 1889.

Villard. — Vasovésiculectomie par voie haute. Lyon chirurgical, 1910.

Villeneuve. — Epididymo-vésiculectomie. Assoc. française pour l'avancement des sciences. Marseille, 1891.

Zamaravkin. — Tuberculosis of the testicle and epididymis. Clinic and treatment. Saint-Pétersbourg, 1908.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN